

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Segunda Especialidad en Neonatología



“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO EN EL PERSONAL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2018”

Tesis presentado por la Licenciada:
Portocarrero Vilca, Fernanda Graciela

para optar el Título de Segunda
Especialidad:
Enfermería en Neonatología

Asesora:
Lic. Villanueva Montaña Diana

Arequipa- Perú
2018

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Lic. Diana F. Villanueva Montaña
Docente Asesora de Tesis

FECHA : 29 de Noviembre del 2018

INVESTIGADORA : Señorita Bachiller
Fernanda Graciela, Portocarrero Vilca.

ANTECEDENTES : La investigación "Nivel de Conocimientos sobre Asfixia Neonatal en Recién Nacidos a Terminó en el Personal Profesional Enfermero del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018".

La asesoría se realizó desde el mes de julio fecha en que se recepcionó el oficio con decreto N 004-FEnf.-SGDA/ESP-TESIS-2018, hasta la actualidad, en el cual se realizaron 4 sesiones de trabajo en las que hubieron modificaciones en la base teórica, en el instrumento, en los resultados y en la bibliografía.

APRECIACION PERSONAL

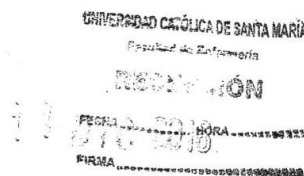
La presente investigación brinda una valiosa contribución al Hospital Regional Honorio Delgado y sobre todo al Departamento de Enfermería y directamente al Servicio de Enfermería obteniéndose datos verídicos sobre los conocimientos de enfermería que tienen las Licenciadas Enfermeras en su mayoría Especialistas en Neonatología. Los resultados obtenidos constituyen un aporte importante que servirá como parametro para reforzar los Planes de Capacitación y Monitoreo en lo que respecta a Manejo de RN con Asfixia Neonatal.

La Srta. Investigadora demostró dedicación, interés responsabilidad y ética en el desarrollo del trabajo de investigación.

Atentamente:



Lic. DIANA F. VILLANUEVA MONTAÑO
DOCENTE ASESORA



DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A: Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE: Jurado Dictaminador

ASUNTO: PROYECTO DE TESIS: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA NEONATAL EN EL PERSONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA 2018"


AUTORA: Lic. Fernanda Graciela Portocarrero Vilca

FECHA: 29 de Noviembre del 2018

Previo atento saludo, me dirijo a Usted para infórmale que el jurado dictaminador, luego de haber revisado el Borrador de tesis presentado por la interesada; Y no habiendo observaciones pasa a la fase de Sustentación.

Atentamente,


Dra. Mirta Cardeña Valverde
Jurado Dictaminador


Mg. Angélica Espinoza Huashua
Jurado Dictaminador


Lic. Diana Villanueva Montaña
Jurado Dictaminador

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Facultad de Enfermería
RECIBIÓ
11 DIC 2018
PECHA
FIRMA

AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

YO, **María Eugenia Medrano de Lajo**, Jefa de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, ubicado en la Avenida Daniel Alcides Carreón 505 Arequipa-Perú, hago constar que la **Licenciada Fernanda Graciela Portocarrero Vilca** aplico el Cuestionario sobre conocimiento de la asfixia para así obtener los datos necesarios para realizar la tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA NEONATAL EN RECIEN NACIDOS A TERMINO EN EL PERSONAL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2018" para optar el Título de Segunda Especialidad: Enfermería en Neonatología

Expido la presente para los fines que la interesa estime por conveniente.

GRA - GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado
Departamento de Enfermería
Servicio de Enfermería en Neonatología

Lic. María Eugenia Medrano De Lajo
JEFE DE SERVICIO
C.E.P. 2780 R.N.E. 5501

María Eugenia Medrano de Lajo

DNI: 29414838

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de las señoras Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **“Nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término en el personal profesional enfermero del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018”**, requisito necesario para optar el Título de Segunda Especialidad de Enfermería en Neonatología.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Diciembre 2018

Lic. Fernanda Graciela Portocarrero Vilca

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mi Ninni Clelia

Por su ejemplo de perseverancia y constancia que la caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi Babbo Alberto.

Por haberme apoyado en todo momento, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

INTRODUCCIÓN

La asfixia neonatal es una de las causas más importantes en cuanto a mortalidad neonatal a nivel mundial; las cifras estadísticas demuestran que del 23% al 25% de muertes neonatales se deben a asfixia y ésta se da mayormente dentro de los 6 primeros días de vida. (1)

Se conoce a la asfixia neonatal como una depresión cardiorespiratoria secundaria a hipoxemia y/o isquemia tisular que son derivadas generalmente de patologías maternas o fetales. Si bien algunos neonatos sobreviven a la asfixia, estos presentan secuelas como: parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y del desarrollo tanto físico como mental.

El profesional enfermero especializado en el área de neonatología debe estar preparado para poder reconocer y actuar ante esta situación con el fin de minorizar los daños al neonato, ya que con una adecuada evaluación clínica se podrá identificar a los recién nacidos que nacen con depresión cardiorespiratoria y así se podrá brindar reanimación oportuna.

El tema de asfixia neonatal se constituye así como una problemática en cuanto a la morbilidad neonatal en los servicios de neonatología, por lo que se debe trabajar en estrategias que ayuden a la prevención de asfixia en neonatos, bajo la oportuna identificación y tratamiento de las condiciones que deterioran el bienestar del feto.

Por ello el presente trabajo de investigación titulado: “Nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en el personal profesional enfermero del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018”, se realizó con el objeto de determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en cuanto a este tema que engloba una gran problemática en cuanto a la morbilidad neonatal; con los resultados obtenidos se podrán implementar estrategias que procuren la mejora del cuidado enfermero en cuanto la detección y atención oportuna del recién nacido no sano.

Si el profesional de enfermería cuenta con conocimientos afianzados, actualizados y especializados para la atención oportuna del neonato, se estará generando calidad en la atención y con esto las expectativas de vida del neonato serán más altas.

El presente estudio está organizado en tres capítulos: El primero comprende el planteamiento teórico dónde se analiza el problema, variables de estudio, justificación, objetivos e hipótesis.

En el segundo capítulo comprende el planteamiento operacional que incluye la técnica e instrumento, campo de verificación y estrategias de recolección de datos y el tercer capítulo que muestra los resultados, conclusiones y recomendaciones.



RESUMEN

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO EN EL PERSONAL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2018.

El objetivo de la presente investigación fue: Identificar el nivel de conocimiento sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término en el personal profesional enfermero del servicio de Neonatología del HRHDE. Como metodología se usó la técnica del cuestionario, el instrumento se aplicó a 32 enfermeros. Los datos fueron procesados aplicando estadística descriptiva, fueron analizados e interpretados y se llegó a las siguientes conclusiones: 1) La mayoría del personal enfermero son adultas, casadas, de religión católica, procedentes de Arequipa, con condición laboral estable y con título de especialista, el 50% labora en el servicio de 1 a 10 años y asisten regularmente a capacitaciones, talleres y eventos científicos sobre el cuidado del recién nacido hospitalizado, además podemos observar que el personal que tiene más años de servicio obtuvo un nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término evaluado como bueno. 2) El nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término en el personal enfermero del servicio de neonatología del HRHDE es bueno.

Palabras claves: Asfixia neonatal- recién nacido a término- conocimiento enfermero

ABSTRACT

LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT NEONATAL ASPHYXIA IN NEW BORN AT THE END OF TIME OF GESTATION, IN NURSING PROFESSIONAL STAFF OF THE NEONATOLOGY SERVICE FROM HONORIO DELGADO ESPINOZA HOSPITAL, AREQUIPA 2018.

The objective of this study was: Identify the level of knowledge about neonatal asphyxia in new borns at the end of time of gestation in the professional nurse staff of the Neonatology service from the Honorio Delgado Espinoza Hospital. As a methodology, the questionnaire technique was used and as an instrument the questionnaire on neonatal asphyxia knowledge was applied to 32 nurses. The data were processed applying descriptive statistics, analyzed and interpreted and the following conclusions were reached: 1) The majority of the nursing staff are adults mature, married, Catholics, from Arequipa, with stable work status, they have a specialist title, 50% works in the service from 1 to 10 years and regularly attend training sessions, workshops and scientific events on hospitalized new born care, we can also observe that the staff that has more years of service obtained a level of knowledge about neonatal asphyxia in term newborns evaluated as good. 2) The level of knowledge about neonatal asphyxia in new borns at the end of time of gestation, in the nursery staff of the neonatology service was good.

Keywords: Neonatal asphyxia - new borns at the end of time of gestation – knowledge about neonatal asphyxia

ÍNDICE

Pag.

INTRODUCCION

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1.	Enunciado del problema	1
1.2.	Descripción del problema	1
1.2.1.	Campo, Área y Línea	1
1.2.2.	Operacionalización de variables	1
1.2.3.	Interrogantes de Investigación	3
1.2.4.	Tipo y Nivel de Investigación	3
1.3	JUSTIFICACIÓN	3
2.	OBJETIVOS	4
3.	MARCO TEÓRICO	5
4.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	25
5.	HIPÓTESIS	27

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.	TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	28
1.1.	TÉCNICA	28
1.2.	INSTRUMENTO	28

2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	29
2.1.	UBICACIÓN ESPACIAL	29
2.2.	UBICACIÓN TEMPORAL	29
2.3.	UNIDADES DE ESTUDIO	29
2.3.1.	Universo	29
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS	31
5.	CRONOGRAMA DE TRABAJO	32

CAPITULO III RESULTADOS

1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	33
2.	CONCLUSIONES	48
3.	RECOMENDACIONES	49
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	50
	ANEXOS	52

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término en el personal profesional enfermero del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Ubicación del problema

- a) **CAMPO:** Ciencias de la Salud
- b) **ÁREA:** Enfermería en Neonatología
- c) **LÍNEA:** Asfixia neonatal

1.2.2. Análisis u operacionalización de Variables

El presente estudio tiene una variable

Variable única: Nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y LABORALES DEL PERSONAL ENFERMERO		
- Edad		<ol style="list-style-type: none"> 26- 36 años 37-47 años 48-58 años 59-70 años
- Sexo		<ol style="list-style-type: none"> Femenino Masculino
- Estado civil		<ol style="list-style-type: none"> Soltero Casado Conviviente Separado Viudo
- Religión		<ol style="list-style-type: none"> Católico Evangélico Mormón Ateo
- Condición laboral		<ol style="list-style-type: none"> Nombrada (o) Contratada plazo indeterminado CAS Suplencia
- Años de trabajo en el servicio de neonatología		<ol style="list-style-type: none"> Menos de un año 1 a 10 años 11 a 20 años 21 a más años
- Capacitación en el área de neonatología		<ol style="list-style-type: none"> Cursos Talleres Eventos científicos
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA NEONATAL	1. Concepto asfixia neonatal	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento Bueno - Conocimiento Regular - Conocimiento deficiente
	2. Factores de riesgo maternos	
	3. Factores de riesgo gestacionales	
	4. Factores de riesgo fetales	
	5. Alteraciones en el neonato	
	6. Problemas secundarios a la asfixia	

1.2.3. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal profesional de enfermería del servicio de Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal profesional de enfermería del servicio de Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza?

1.2.4. Tipo y nivel de Investigación

- **Tipo:** De campo
- **Nivel:** Descriptivo

1.3. JUSTIFICACIÓN

Según la Oms en el 2013, en el mundo fallecieron aproximadamente 5 millones de neonatos, siendo una de las principales causas de mortalidad neonatal la asfixia neonata (1). A nivel nacional se considera a la asfixia neonatal como la 4° causa de mortalidad neonatal, durante los años 2013 a 2014, la mortalidad neonatal tuvo una tasa de 12 defunciones por cada mil nacidos vivos (2).

A nivel local se observó que la asfixia es la 4° causa de mortalidad neonatal con el 9% en cuanto a defunciones (3).

En el año 2015 en Perú se realizó un estudio (coudown) (4), donde se vio una reducción considerable de la mortalidad neonatal (70%) se explicó que el incremento de las coberturas de cuidados perinatales y la atención del parto institucional, serían los factores principales en cuanto la reducción de la mortalidad neonatal.

El personal enfermero correctamente capacitado y actualizado ejerce un rol importante en la atención del recién nacido con asfixia, es por esto que se debe dar vital importancia en la evaluación de conocimientos y propuesta de mejoras ante escenarios adversos.

El estudio tiene **relevancia científica**, ya que la investigación nos permitirá conocer una realidad en cuanto al conocimiento enfermero sobre asfixia neonatal, estos datos podrán afianzar la garantía de calidad de cuidado que recibe el recién nacido por parte del personal de enfermería y se logrará una importante **contribución académica** en el campo del cuidado enfermero en el neonato.

Tiene **relevancia social**, el trabajo de investigación apoyará a propuestas de mejoras en cuanto a capacitación y retroalimentación del conocimiento sobre una patología que afecta al neonato, por lo cual la población será la más beneficiada.

El trabajo de investigación es **factible** ya que se cuenta con las facilidades institucionales y la colaboración del equipo de trabajo enfermero del servicio de neonatología para poder llevarlo a cabo.

La presente investigación se desarrolla con la finalidad de obtener el Título de Segunda Especialidad de Enfermería en Neonatología.

2. OBJETIVOS

1. Determinar las características sociodemográficas y laborales del personal profesional de enfermería del servicio de Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término en el personal profesional enfermero del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ASFIXIA NEONATAL

Proviene del griego A: negación o privación y “sphisis”: pulso, el cual es definido en los diccionarios médicos como una falta de O₂ o un exceso de CO₂ que son producidos por la interrupción en la respiración ocasionando la pérdida de la conciencia por la poca oxigenación que recibe nuestro cuerpo. La Organización Mundial de la salud (OMS) (1) señala que la mortalidad de los recién nacidos se basan en 3 factores los cuales son: Las infecciones, la prematuridad y la asfixia perinatal la cual se define como la falla para iniciar y sostener la respiración al nacer. Se conoce a la asfixia neonatal como el síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel placentario o pulmonar; lo cual produce un estado de hipoxemia, hipoxia tisular, hipercapnea y acidosis metabólica.

La asfixia se puede definir como la falta de Oxígeno (estado de hipoxia) o falta de perfusión (isquemia) que ocurre en diversos órganos (5). Dentro de la fisiopatología de la enfermedad se evidencia la falta de flujo sanguíneo y por consiguiente falla en la oxigenación de los tejidos, lo cual conduce a un estado de hipoxia e hipercapnea en el neonato.

Cuando se habla de hipoxia severa está transciende en glucólisis anaerobia y luego a la producción de ácido láctico que afecta a los tejidos periféricos como al tejido del corazón y posteriormente al cerebro. La hipoxia y la acidosis dañan al corazón, ésta produce isquemia; la isquemia es la falla en el adecuado aporte de oxígeno a los tejidos y esto determina el grado de severidad del cuadro como el daño renal y respiratorio.

La mortalidad neonatal y fetal, en los países de desarrollo señalan que cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos, estos porcentajes pertenecen a los países del tercer mundo.

La hipoxia intrauterina o anoxia es la falta de oxígeno parcial o completa en el cerebro o en la sangre, esto ocurre antes de nacer el neonato y su evaluación dependerá que cumpla con al menos 2 alteraciones que señalaremos a continuación, cuando hay presencia de pH arterial en sangre de cordón menor de 7,0 monitoria fetal anormal o bradicardia sostenida, perfil biofísico alterado, líquido amniótico con meconio, APGAR al minuto menor de 3 o menor de 6 a los 5 minutos.

Desde el punto de vista fisiológico, se puntualiza que la asfixia perinatal es la deficiencia del sistema circulatorio del neonato a recibir el oxígeno suficiente para resistir en la vida intrauterina, el 20% antes del inicio del trabajo de parto, el 70% durante el parto y el 10% durante el periodo neonatal.

En el orden de las ideas anteriores se han descrito mecanismos que producen el estado de asfixia neonatal, en efecto estos son: la interrupción de la circulación umbilical por diversos factores como enrollamiento o nudos de su composición; alteraciones en el intercambio gaseoso placentario donde se efectúa la transmisión de oxígeno de los vasos sanguíneos maternos hacia el feto a través de la vena umbilical del cordón umbilical la salida del dióxido de carbono del feto a través de las arterias umbilicales cuya deficiencia origina problemas en el intercambio que afecta al feto; deterioro en la oxigenación materna las cuales tienen como fuente de origen enfermedades cardiopulmonares o anemias; la incapacidad del neonato de lograr una transición de la circulación fetal a la cardiopulmonar producida por un exceso de líquido en el pulmón, presencia de meconio que es el primer excremento de los recién nacidos o por una respiración débil del neonato. En ese mismo sentido los bebés prematuros tienen mayor riesgo de sufrir esta dificultad.

Según la academia Americana de Pediatras, establecieron criterios para poder diagnosticar la asfixia en neonatos:

- Acidosis metabólica o mixta que se determina por el PH menos de en el cordón umbilical

- Cuando en la puntuación del test de APGAR se obtiene de 0 a 3 puntos en un lapso de tiempo de 5 minutos
- Cuando se evidencia compromiso de 2 o más sistemas u órganos; las manifestaciones clínicas del estado neurológico son las más importantes y resaltante

3.2. FACTORES DE RIESGO MATERNOS

Los estudios elaborados de los factores de riesgo asociados con la maternidad refieren que estos pueden originarse por diversas situaciones como: las edades maternas en los límites reproductivas, la baja o ninguna escolaridad, antecedentes obstétricos maternos, deficiente o ausencia de controles prenatales, RPM, SHG, actividad laboral y otros. Por una parte, tenemos que el nivel educativo es trascendental, ya que nos permite comprender los comportamientos, las actividades, conductas, acciones e información que están enlazadas entre la salud del neonato y de la madre, desde el inicio del proceso de gestación, el parto, el post parto y finalmente el cuidado correspondiente del recién nacido. En cuanto a las estadísticas realizadas por el MINSA-Perú referentes al año 2015 el 54.1% de nacimientos registrados procedían de madres que declararon secundaria como último nivel educativo alcanzado, el 12,5% indicó tener algún año de universidad y el 16,5% declaró haber estudiado por lo menos un año de alguna carrera técnica, mientras que 1 de cada 10 madres señalaron haber alcanzado algún grado de primaria. El 1,1% de madres señaló no tener ningún nivel educativo o haber cursado inicial. Por consiguiente, pensamos que es de suma importancia evaluar este indicador, debido que el nivel educativo de las madres gestantes es diferenciado según regiones por ejemplo en la región de Huánuco, durante el 2015, el 4,4% de las madres no contaba con nivel educativo alguno o inicial, el 3,3% en Cajamarca y el 3,1% en Huancavelica se encontraban en idéntica situación. Por otro lado, en las regiones de Moquegua (49,2%), Arequipa (45,9%) e

lca (40,3%) en el 2015, 4 de cada 10 mujeres que dieron a luz un neonato tenían al menos un año de estudios superiores (universitario/ no universitario), esta preocupación es latente en el sentido que estas no tiene la orientación adecuada para el cuidado, la formación y el desarrollo del bienestar del neonato.

Otro de los factores que incrementan el riesgo es la edad de la madre, en el Perú la alta tasa de nacimientos de niños es elevado especialmente porque estos nacimientos son asumidos por madres primerizas (maternidad adolescente) cuyas edades oscilan entre menores de 17 años; sin embargo, existen también riesgos en madres mayores de 35 años lo cual está referido a la maternidad tardía. Es conveniente señalar que durante el año 2015, el 86,9% de mujeres de 20 y más años tuvieron un hijo, el 8,2% de las jóvenes entre 18-19 años se encontraban en igual situación, asimismo, el 4,9% de adolescentes, también fueron madres en este año. El análisis regional da cuenta que, en el 2015, al interior de cada región más del 79% de los nacidos vivos tuvieron como madres a mujeres de 20 y más años, sin embargo la maternidad adolescente presenta porcentajes cercanos al 10% en algunas regiones. Al respecto, las regiones de Loreto (9,9%), Ucayali y San Martín con el 9,2% cada una respectivamente, registran los mayores porcentajes de adolescentes que fueron madres durante este año, seguidos de Amazonas con el 8,2%, Huancavelica con el 7,7%, Huánuco con el 7,6%, Cajamarca con el 7,5% y Ayacucho con el 7,1%. En el resto de regiones las adolescentes que fueron madres no llegan al 7%. En relación a las madres jóvenes, el 11,8% en Huancavelica y el 11% en Ucayali de las parturientas que tuvieron un hijo en este año, tenían entre 18-19 años.

Ahora bien, otro factor de riesgo es el Síndrome de dificultad neonatal el cual consiste en un trastorno respiratorio en los recién nacidos ocasionado por la falta de madurez de sus pulmones. Este factor ocasiona en el neonato una dificultad respiratoria desde las primeras seis horas de vida extrauterina, la cual se puede visualizar en la

radiografía del tórax en una proyección antero-posterior cuando se encuentra infiltrado reticulogranular fino y broncograma aéreo. De acuerdo a las investigaciones la causa que puede originar una inmadurez en la membrana hialina son afecciones en infecciones urinarias, cervicovaginitis cuya implicancia puede afectar tanto al neonato como a la madre por la presencia de múltiples bacterias en número mayor a lo habitual alterándose así la flora vaginal normal, existiendo así mayor incidencia en el sexo masculino por mayor concentración de testosterona y en la mujer mayor concentración de estrógeno. Vale destacar que la dehidrotestosterona disminuye la síntesis de fosfatidilcolina en el pulmón y los estrógenos generan un aumento en los receptores a catecolaminas que participan en la inducción genética de la producción de surfactante durante la vida intrauterina; otros factores es la amenaza de parto pretérmino el cuál es definido por la OMS como el nacimiento anterior a la semana 37 de la gestación, esta es asociado especialmente a múltiples factores como económicos, sociales y culturales, complicaciones médicas y obstétricas, hábitos de consumo de tabaco y drogas. La etapa perinatal es la más importante, ya que en esta el neonato logra su desarrollo suficiente para poder afrontar la realidad en el parto, en el mundo nacen aproximadamente 13 millones de niños prematuros, es un problema de morbilidad preocupante porque los niños prematuros no logran la maduración de su cuerpo al 100% donde su sistema respiratorio es inadecuado y el sistema nervioso aún no se ha desarrollado totalmente como los demás órganos.

3.3. FACTORES DE RIESGO GESTACIONALES

Durante este periodo que dura entre 36 a 40 semanas pueden presentarse complicaciones con el neonato y con esto nos permite acceder a identificar las posibles consecuencias que pudiesen presentarse tales como:

1. **La placenta previa**, que consiste en complicaciones que se produce cuando la placenta cubre la abertura en el cuello del útero de la

madre el síntoma principal es el sangrado vaginal cuya coloración es roja intensa que se presenta durante la segunda mitad del embarazo, esta puede ocasionar una hemorragia grave antes o en el transcurso del parto.

2. **Número de controles prenatales** cuyo objetivo es brindar información y orientación, en este periodo cuya finalidad es la prevención de alguna complicación que es brindada por medio de una comunicación interpersonal. Lo que se logra en las madres gestantes es informar cómo está su salud y la del hijo, señala la fecha aproximada del nacimiento o del parto, también evidencia si hay un peligro evidente para así prevenir un sufrimiento o complicación en el embarazo, si lo existiere permite adecuar y brindar ayuda al neonato durante su parto.
3. **Embarazo múltiple**, es aquel en el cual dos o más fetos se desarrollan simultáneamente en el vientre de la madre, cuando suceden dos, se habla de un embarazo gemelar que se producen excepcionalmente. El riesgo es la prematuridad y el bajo peso (6).
4. **Abruptio de placenta**, que es la complicación en la cual la placenta se desprende del útero. Debido a la separación de la placenta de su ubicación normal, se ve como una hipertensión crónica y preclamsia en 50% de los casos. Los síntomas son: el sangrado vaginal, dolor en el vientre y en la espalda que se presenta en las últimas doce semanas de la gestación. En esta situación la coagulación y la insuficiencia renal son las principales causas de la muerte de la madre (7).
5. **Hipertensión en el embarazo**, el Dr. Shimajuko nos señala que una complicación en el embarazo que se da aproximadamente en la semana 20 o en el puerperio en la semana 6 cuya característica fundamental es la reducción de la perfusión sistemática generada por el vasoespasmo y el activa miento de la coagulación. Es un factor de riesgo que genera una hipertensión arterial futura y tienen mayor riesgo de desarrollar una crónica.

6. **Ruptura prolongada de membranas**, es un riesgo de mortalidad perinatal, conforme a los estudios realizados esta tiene un origen en las siguientes causales: el tabaquismo, la hemorragia pre-parto, el bajo nivel socioeconómico, la desnutrición materna cuya implicancia puede generar desórdenes del tejido conectivo, la gestación múltiple, el síndrome de Ehlers Danlos, deficiencia de cobre, vitamina y homocisteína cuya disminución dañan el revestimiento de las arterias, deficiencias mutacionales, deficiencia de vitamina B12(8).
7. **Fiebre materna durante el trabajo de parto**, estudios refieren que tanto las infecciones como la fiebre en el parto aumentan las probabilidades de parir a un niño con lesiones cerebrales.
8. **Corioamnionitis materna**, este término hace referencia a la infección del líquido amniótico el cual desencadena un cuadro clínico febril en la placenta, el cordón umbilical, el líquido amniótico, el amnios y la decidua. La Corioamnionitis puede ser aguda cuando hay aparición de fiebre alta durante la gestación que ocasiona la ruptura de la membrana(9).
9. **Infección urinaria durante la gestación**, esta infección genera peligro en la madre como en el feto, la clasificación puede ser asintomática cuando hay la existencia de una bacteriuria en el embarazo o infección sintomática cuyas consecuencias genera cambios anatómicos al cambio hormonal como el aumento de los niveles de progesterona durante el embarazo, presentando congestión vascular a nivel vesico-trigonal (10).
10. **Candidiasis vaginal**, lo que se presenta en una infección fúngica vaginal y en los tejidos de la apertura de la vagina (vulva) cuya consecuencia es generar una inflamación , existencia de comezón y secreción espesa y blanda en la vagina.
11. **Convulsiones maternas**, estas se producen durante la gestación o poco después de dar a luz, es originada por la presión arterial elevada y el exceso de proteína en la orina durante el embarazo, los

síntomas que presenta la gestante es dolor en el abdomen, en la cabeza, cambios en la visión y estados mentales.

12. Falta de dilatación en el parto, la dilatación del cuello del útero de la gestante tiene que alcanzar los 10 centímetros para que el bebé pueda ser expulsado. Sin embargo, en ocasiones se presenta que la dilatación no es la adecuada y se presenta el parto prolongado, ya que la cérvix o el feto no descienden por el conducto vaginal(11).

- Insuficiencia placentaria
- Ruptura prematura de membranas
- Prolapso de cordón
- Desprendimiento de placenta
- Rotura uterina
- Polisistolía uterina

3.4. FACTORES DE RIESGO FETALES

Los factores de riesgo fetales son evaluados de acuerdo a la semana en la que se encuentre en el proceso de gestación, dentro de las cuales tenemos los siguientes (12):

- Frecuencia cardíaca fetal, el comienzo de la evaluación debe ser entre la semana 10-12 de la gestación, evaluadas a través del uso del ultrasonido (efecto Doppler).
- Movimientos fetales, en la semana 18 de gestación la madre puede sentir los movimientos de su bebé, es primordial que la madre durante el periodo del embarazo tenga en cuenta ciertas características que debe seguir para evaluar el desarrollo normal del neonato como por ejemplo: se debe verificar salud, nutrición, controles, y preguntar a la gestante si nota movimientos fetales que por lo normal oscilan entre 10 a 15 movimientos diarios, con esta información la madre podrá estar informada si su bebé en formación cuenta con el adecuado desarrollo.
- Empleo de fármacos prescritos y automedicación.

- Factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino
- Factores de riesgo de la diabetes gestacional.
- Factores de riesgo modificables relacionados con la enfermedad: inmunidad frente a la rubeola/varicela.
- Insuficiencia nutricional, el escaso desarrollo del niño es producido por la inadecuada nutrición que sea vuelto un problema mundial cuyas consecuencias afectan el desarrollo materno-infantil, ya que la gestante debe obtener una adecuada nutrición para el desarrollo adecuado del peso del niño para así pueda obtener los nutrientes suficientes para sobrevivir y nacer sin dificultades.
- Abuso de sustancias adictivas.

Con respecto a los factores de alto riesgo que afectan al embarazo es dividido en diversas categorías que iremos desarrollando.

- Según las características demográficas.
 - Estado socio-económico, una maternidad adecuada es el momento donde tanto ambas padres tienen los suficientes recursos para solventar los gastos que requieren los embarazos y la crianza de los hijos, con la finalidad de brindarles un sustento económico, educación y lo primordial una adecuada atención de salud. Sin embargo, esta realidad se ve afectada en los proceso de maternidad donde los padres no cuentan con empleo para mantener a su familia y donde se genera índices de mal nutrición, anemia, entre otros factores que alteran el normal desarrollo del niño, también la pobreza es un factor en el cual los padres no tienen los suficientes recursos para un adecuado desarrollo intrauterino y extrauterino.
 - Logros educacionales.
 - Estado Civil.
 - Edad materna, una de las problemáticas en la etapa gestacional se da en la madres primerizas que al no cumplir con su desarrollo, empiezan a ser procreadoras y asumen un papel muy promiscuo a su edad. La adolescencia según la Organización

Mundial de la Salud (OMS) la define como un periodo de la vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, los cuales se caracterizan por cambios en la pubertad como cambios orgánicos, la aparición de la menarquía, cambios psicológicos. Autores refieren que en este periodo existe embarazos de alto riesgo, con respecto a las consecuencias contra su salud, psicológicas y personales como la frustración del proyecto de vida de las jóvenes madres.

- Origen racial y étnico.
- Riesgos Laborales, las mujeres trabajadoras han aumentado con el paso de los años, con respecto a las gestantes nuestra normatividad ha brindado beneficios para que no estén desprotegidas en especial por el cuidado del nuevo ser, existen guías de riesgos laborales que adecuan su trabajo con su gestación. La principal razón por la cual se brinda protección a la mujer es porque ella es la gestante del nuevo ser. Pero, ¿qué se considera como riesgo para la reproducción? Es cualquier agente físico, químico o biológico que afecte la capacidad de tener hijos saludables. Existen muchos factores que pueden afectar al niño como la radiación, la temperatura que son expuestas las madres gestantes, productos químicos, ciertas medicinas o drogas ya sean legales o ilegales.
- Riesgo químicos, biológicos, dependiendo del empleo en el que la madre gestante se desenvuelva se producirán determinados efectos, ya que los compuestos químicos que se encuentran en el ambiente dependerá el nivel de toxicidad que puedan afectar a la gestante, los principales componentes que pueden afectar a la gestante son el plomo que puede producir alteraciones en el desarrollo del feto, los plaguicidas usados en las cosechas donde mayormente se encuentran un porcentaje de gestantes. ¿Qué es un agente químico? Es un agente químico cuya composición fisicoquímica penetran en el individuo el cual genera un efecto adverso a la salud tanto de la gestante, del padre y del hijo, estos componentes pueden afectar a la persona por vía respiratoria

(a través de la nariz, boca, pulmones), vía dérmica (a través de la piel), vía digestiva (a través de la boca, estómago, intestino) y por vía parenteral (a través de heridas abiertas) (13).

- Riesgos físicos, psicológicos, el control de la salud mental de las gestantes es importante, ya que estas pueden tener alteraciones emocionales, estas afectaciones afectan con el nivel de madurez emocional de la mujer. Así pues, la gestante deberá ser examinada a partir de la adaptación de los cambios que puedan ocasionarle, esta evaluación permite identificar una posible intervención de los cambios por lo que se ve afectada.
 - RCIU
 - Postérmino
 - Infección fetal
 - Parto gemelar
 - Malformaciones congénitas (cardiopatías)
 - Síndromes de tipo genéticos
 - Distocias de posición
 - Anemia (hemolítica, transfusión feto-materna, hidrops no inmune)

3.5. ALTERACIONES EN EL NEONATO

Los datos clínicos en los cuales evidencian que el neonato sufrió de asfixia producen en estas incidencias en su proceso de desarrollo. En la fase temprana el neonato presenta dificultades para iniciar y mantener la respiración, depresión del tono muscular (reflejos), alteraciones de la perfusión. En la fase temprana o tardía el neonato exterioriza alteración del estado de alerta, crisis convulsivas, intolerancia a la vía oral, hipotensión. En la fase tardía aparece sangrado de tubo digestivo, sangrado pulmonar, alteraciones del ritmo cardiaco, alteraciones de la perfusión, retraso en la primera micción, oliguria, anuria y/o poliuria.

Se ha mostrado que los neonatos con asfixia perinatal grave muestran durante los primeros días después de la agresión un incremento difuso,

y generalmente homogéneo, de la ecogenicidad del parénquima cerebral y la presencia de unos ventrículos colapsados, hallazgos que probablemente representan edema cerebral. En el seguimiento con ultrasonografía craneal (USC), estos pacientes presentan signos de atrofia cerebral y/o encefalomalacia multiquística. La USC tiene un escaso valor pronóstico durante las primeras horas de vida, pero la mayoría de los enfermos con asfixia grave desarrollan cambios ultrasonográficos en corteza y/o tálamo y ganglios basales entre las 24 y 48 horas. En la asfixia moderada y grave, se recomienda realizar evaluaciones USC en las primeras 24 horas de vida, repitiéndose el examen a posteriori, con intervalos de 24-48 horas durante el período agudo de la enfermedad (14).

En tal sentido el esfuerzo de los profesionales de la salud para reducir la hipoxia perinatal cuya detección temprana es esencial para un cuidado y atención adecuada. Este seguimiento se realiza a través de ecografías fetales, control de frecuencia cardiovascular, el crecimiento intrauterino o de la presión materna. Resulta oportuna señalar que el conocimiento de los antecedentes perinatales tiene mayor relevancia para identificar a los posibles niños que nazcan con esta dificultad (15). Agregando a lo anteriormente mencionado, tales consecuencias puede traer serios problemas en el desarrollo normal de una neonato como: daño en el sistema nervioso central en el cual puede originarse edema cerebral, hemorragia cerebral, encefalopatía o convulsiones; falla en el sistema pulmonar como la depresión respiratoria o la aspiración del meconio, cardiovascular que trae consigo insuficiencia cardiaca, hipertensión pulmonar; renal como la necrosis cortical/tubular/medular; gastrointestinal que evalúa enterocolitis necrosante de las víctimas; y hematológico.

Así mismo, la diferencia de un niño que nace dentro de las semanas de maduración con la de un niño prematuro trae consigo consecuencias que lo afectaran en su desarrollo, este presenta manifestaciones morfológicas y funcionales que son rasgos por su propia inmadurez,

estas acarrear un mal desarrollo en el niño, ya que por lo que referimos a su precocidad genera una enfermedad que es frecuente en estos que es la membrana hialina que produce la asfixia perinatal. Con respecto al neurodesarrollo es importante auxiliar al recién nacido con el objetivo de reducir las incidencias de problemas que pudiesen tener, en los casos de evolución neurológica son más afectados los niños que están expuestos a factores de hipoxia-isquemia la cual implica un daño cerebral y una pérdida de la regulación del flujo sanguíneo cerebral. Por lo tanto, es indispensable realizar un seguimiento a los recién nacidos para ayudarlos a desarrollar de manera adecuada.

El cuadro clínico está manifestado por:

- Dificultad para iniciar o mantener la respiración
- Alteración del estado de alerta
- Intolerancia a la alimentación oral
- Sangrado pulmonar
- Hipotensión
- Alteración en la perfusión
- Alteración del ritmo cardíaco
- Depresión del tono muscular y los reflejos
- Crisis convulsivas
- Sangrado digestivo
- Oliguria, anuria y poliurea

3.6. PROBLEMAS SECUNDARIOS A LA ASFIXIA

La asfixia llega a afectar a todos los órganos, el cerebro es el más dañado y por eso se producen secuelas que pueden ser irreversibles.

A. Encefalopatía

La encefalopatía hipoxico isquémica (EHI) se produce por la falta de oxígeno y/o sangre en el cerebro. Es la causante principal de mortalidad en neonatos.

La encefalopatía grado I tiene buen pronóstico, la encefalopatía grado II se asocia a un 20-30% de secuelas neurológicas a largo plazo, encefalopatía grado III tiene un 50% de mortalidad en el neonato y ocasiona un 95% de secuelas graves en sobrevivientes.

B. Disfunción miocárdica

Una consecuencia de la asfixia es la isquemia miocárdica, que suele ser transitoria, el músculo cardíaco se encuentra deteriorado y por lo tanto la contractilidad miocárdica también, se evidencia la disminución del gasto cardíaco y la insuficiencia tricúspidea.

C Disfunción renal

El daño cardíaco y la hipoxemia resultan en disfunción tubular difusa, el Na y el agua se encuentran alterados y hay una disminución en la tasa de filtración glomerular. Se considera que hay daño renal cuando los niveles de creatinina se encuentran aumentados y la producción de orina se reduce a menos de 0.5 ml/Kg/hora.

En recién nacidos con asfixia se elevan la excreción urinaria de las proteínas y del ácido úrico; estos valores se relacionan con la gravedad de la enfermedad.

D. Trastornos Pulmonares

Cuando se da la asfixia los pulmones pueden presentar edema, síndrome de dificultad respiratoria aguda, síndrome de aspiración de meconio, además de la hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido.

El edema pulmonar ocasiona que el recién nacido presente signos de dificultad respiratoria los cuales incluyen cianosis, taquipnea, aleteo nasal y quejido.

En cuanto al síndrome de dificultad respiratoria aguda, ocurre un aumento de la permeabilidad capilar pulmonar hacia las proteínas plasmáticas y se manifiesta con cianosis.

E. Disfunción gastrointestinal

Se incluye la intolerancia alimentaria, evidenciada por distensión abdominal por el retraso del vaciamiento gástrico, disfunción hepática (los neonatos pueden llegar a desarrollar hipoglicemia, ictericia colestásica o hiperamonemia) y por la disminución del flujo sanguíneo a los intestinos, se da un mayor riesgo de aparición de la enterocolitis necrotizante (16).

F. Trastornos hematológicos

Están incluidos la coagulación intravascular diseminada (CID), la síntesis de alteración de factores de coagulación y la trombocitopenia

3.7. RCP NEONATAL

El neonato requerirá de RCP cuando presente problemas con la respiración la cual ocasionará un intercambio gaseoso inadecuado.

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA REANIMACIÓN NEONATAL

Describe los pasos que usted seguirá para evaluar y reanimar a un recién nacido. Se divide en 5 bloques, comenzando con el nacimiento y la evaluación inicial (17).

- **Evaluación inicial:** Determinar si el recién nacido puede permanecer con la madre o deber ser llevado a un calentador radiante para realizar más evaluaciones.
- **Vías aéreas (V):** Realizar los pasos iniciales para establecer una vía aérea despejada y apoyar la respiración espontánea.
- **Respiración (R):** Se administra ventilación a presión positiva para ayudar a la Respiración de los bebés con apnea o bradicardia. Otras intervenciones (presión positiva continua en las vías aéreas [CPAP] u oxígeno) pueden ser adecuadas si él bebe respira con dificultad o presenta baja saturación de oxígeno.

- **Circulación (C):** Si la bradicardia grave persiste pese a la ventilación asistida, se ayuda a la circulación realizando compresiones torácicas coordinadas con la VPP.
- **Fármaco (F):** Si la bradicardia grave persiste pese a la ventilación asistida y las compresiones coordinadas, el fármaco adrenalina se administra mientras continúan la VPP y las compresiones torácicas.

Después del parto, todos los recién nacidos deben tener una evaluación rápida para determinar si pueden permanecer con su madre para continuar con la transición o si deben pasar a un calentador radiante para la realización de más evaluaciones. La evaluación inicial puede ocurrir

Durante el intervalo entre el parto y el pinzamiento del cordón umbilical. Rápidamente se evaluarán 3 aspectos:

1. Determinar si la apariencia del bebé coincide con la edad gestacional
2. Observar el tono muscular del recién nacido
3. Evaluar el llanto del neonato, observar el esfuerzo respiratorio

Si el neonato es prematuro y no vigoroso, entonces las acciones a tomar por el equipo de salud serán:

- Proporcionar calor mediante el ingreso del neonato a la incubadora, la T° del neonato será de 36.5 °C a 37.5°C
- Colocar en posición decúbito supino al neonato con la cabeza y cuello en posición neutral o ligeramente extendido, evitar la hiperextensión o flexión del cuello
- Eliminar secreciones de las vías aéreas, si hay dificultad para eliminar secreciones y hay presencia de líquido y/o meconio iniciar ventilación a presión positiva (VPP)
- Mantener seco al neonato para reducir la pérdida de calor
- Estimular al neonato por medio de la fricción suave en la espalda, tronco y extremidades.

- Verificar la frecuencia cardiaca, sabiendo que esta debe ser de 120 latidos por minuto, se puede estimar la frecuencia cardiaca contando el número de latidos en 6 segundos y multiplicándolo por 10. Por ejemplo: Si se escucha durante 6 segundos y se oye 12 latidos, la frecuencia cardiaca es de 120 lpm.
- Verificar la SaO₂ colocando un oxímetro de pulso, si ésta se encuentra por debajo del rango adecuado se puede administrar oxígeno de flujo libre
- Si el neonato respira con dificultad la SaO₂ es baja, pero las vías aéreas están abiertas, entonces se podrá usar el CPAP.

Dispositivos de reanimación usados para ventilar al neonato

- Bolsa autoinflable (ambu)
- Bolsa inflada por flujo o bolsa de anestesia
- Reanimador con pieza en T

Indicaciones para iniciar la ventilación a presión positiva

- Apnea
- Respiración entrecortada
- FC menor a 100 lpm
- Sao₂ por debajo del rango objetivo a pesar del O₂ a flujo libre o CPAP

Preparación para ventilación a presión positiva

- Estudios han demostrado que iniciar la reanimación con oxígeno al 21% es tan eficaz como la reanimación iniciada con oxígeno al 100 %.
- Se debe administrar respiraciones con frecuencia de 40 a 60 x min
- Recordar usar 6 pasos correctivos de ventilación
 - Máscara: ajústela
 - Reubicación de la cabeza
 - Succión de la vía aérea
 - O: boca abierta

- Presión: aumentela
- Alterne a otra vía aérea

Vía aérea alternativa disponible para la reanimación neonatal

- Tubos endotraqueales
- Máscaras laríngeas

3.8. ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DEL NEONATO CON ASFIXIA

El rol que cumple la enfermera en la atención del neonato con asfixia es muy importante, ya que contribuirá con la reanimación del neonato. Si no se reanima oportunamente al neonato las complicaciones pueden ser irreversible para toda su vida como: parálisis facial, déficit cognitivo, defectos neuromotores y dificultad para realizar funciones ejecutivas, defectos del lenguaje, defectos severos de visión y audición, problemas de comportamiento y de adaptación psicosocial, en su mayoría se encuentra prevalencia de trastornos autista y de síndrome por déficit de atención e hiperactividad.

Con base a lo señalado anteriormente, el cuidado que debe tener la enfermera en el momento del parto ha sido desarrollado por la observación de la casuística que se presentan en el momento del nacimiento del niño (18).

1. El manejo en la sala de partos debe ser la adecuada, si el recién nacido presenta meconio en el líquido amniótico se debe absorber el exceso para prevenir que este pueda aspirarlo.
2. Una adecuada ventilación mecánica sin causar hiperventilación, la problemática en el neonato es que su sistema respiratorio es inmaduro y por eso se debe regular y aportar cuidadosamente las cantidades que necesita para sobrevivir. Por una parte los mecanismos aplicados pueden ser: ventilación mecánica convencional que pueden ser ciclados por tiempo, ventilación mecánica convencional no sincronizada, ventilación mandatorio intermitente en la cual se digan una frecuencia de los ciclos del

respirador con un tiempo inspiratorio, ventilación con presión positiva inspiradora donde se emplean frecuencias elevadas para impedir la respiración espontánea del paciente.

3. Una adecuada Oxigenación para evitar la hipoxia, es de vital importancia aportar el Oxígeno necesario al neonato, ya que este es imprescindible para el metabolismo aeróbico el cual proporciona a nuestro cuerpo las energías suficientes para las funciones celulares, el crecimiento, el desarrollo y reproducción. En la transición fetal neonatal supone un acceso del Oxígeno entre 25-30 mmHg a 85-90 mmHg por minuto.
4. Sedación y analgesia.
5. Manejo respiratorio, en el cual se administrara surfactante y corticosteroides.
6. Técnicas de fisioterapia respiratoria, estas deben ser aplicadas de forma cuidadosa; sin embargo, existen contra argumentos si esta debería aplicarse como beneficio para el neonato o si debiese dejar de aplicar por las complicaciones que puede generar en el neonato. Además, la Oxigenoterapia es un método que permite que el oxígeno pueda ser aplicado en cantidades proporcionales según las necesidades del recién nacido debido que es indispensable, ya que estos pueden tener patologías en las vías respiratorias, se debe aplicar cuando exista hipoxemia y cianosis. A fin de que este medio pueda ser efectivo se usa el oxímetro de pulso que permite controlar la saturación correcta en el recién nacido; además el monitor transcutáneo mide la presión arterial de oxígeno y CO₂.
7. Evaluar y optimizar la función cardíaca, que se realizará a través de monitores cardíacos y la perfusión periférica.
8. Evitar la acidosis.
9. Mantener la vasodilatación pulmonar.
10. Administrar antibióticos debido al riesgo alto de desarrollo de infección y aumento de morbilidad.

11. Administrar surfactante, esta sustancia favorece y ayuda el mejoramiento del transporte de ciliar de los pulmones, este disminuye el efecto adhesivo del meconio y facilita su eliminación.

12. Observar signos de hipertensión pulmonar persistente.

De igual manera otros autores señalan diversos procesos que las enfermeras deben aplicar en las posibles intervenciones con las que puede ayudarse al neonato tales como(19):

1. Respiración y llanto, la cual debe ser observada luego de ayudar al niño a nacer evidenciándola en la parte del tórax del recién nacido, se debe verificar si el recién nacido presenta respiraciones pobres o irregulares. Además, puede presentarse que al momento del llanto este lo realice de forma brusca ocasionando luego movimientos respiratorios durante el llanto, puede ocasionarles apnea que son interrupciones en la respiración dejándolo inmóvil, lo que produce este problema es debido que el cerebro no recibe el oxígeno necesario porque el niño deja de respirar con el llanto.
2. Tono muscular, la actividad del recién nacido debe ser observada por el profesional que ayuda a nacer, en esta etapa este tiene aspecto vigoroso, es activo y sus extremidades en constante movimiento.
3. Frecuencia cardíaca, esta es evaluada por la auscultación realizada por el pediatra tanto en el cordón umbilical, la forma en la que se debe evaluar es por medio de la medición de los latidos presentes en 6 segundos multiplicados por 10. La frecuencia cardíaca debe oscilar entre los 70 y 190 latidos por minuto.
4. Color, la evaluación del color es imprecisa, ya que cuando nace el bebé el color es variado debido que su primer contacto con el mundo aún es insuficiente. Según investigaciones refiere que el niño demora 4 minutos para tornarse rosado, mientras si no hay una debida oxigenación se dará un proceso de cianosis.

La enfermera especializada en el área de neonatología, debe realizar los siguientes cuidados enfermeros con el neonato con diagnóstico de asfixia

- Monitoreo hemodinámico

- Aspiración de secreciones de vías aéreas
- Iniciar ventilación a presión positiva con máscara facial o tubo endotraqueal de acuerdo a la situación
- Oxigenoterapia para mantener una SaO₂ mayor a 90%
- Canalizar vía periférica y mantenerla permeable
- Valorar resultados de laboratorio: Hemograma, Hb, Hcto, grupo sanguíneo y factor, AGA, perfil de coagulación
- Administrar medicación indicada
- Realizar balance hídrico y mantener diuresis de 1 a 5 ml/Kg/hora
- Brindar calor necesario al neonato mediante uso de incubadora
- Mantener reposo gástrico inicial y luego según evolución alimentarlo con leche materna
- Conservar ambiente libre de ruidos, vigilar la iluminación y realizar manipulación mínima y con delicadeza para evitar estresar más al neonato
- Brindar educación en salud a la madre y al padre para el adecuado cuidado de su bebé
- Realizar el registro correspondiente de las actividades realizadas con el neonato

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local:

- VARCALCEL ANGULO KATHERINE LIZBETH. **"Características epidemiológicas de recién nacidos con diagnóstico de asfixia neonatal en el Hospital III Goyeneche Arequipa 2005-2015"**. Se notificó a la Asfixia neonatal como responsable del 12.98% del total de las defunciones neonatales. La tasa de mortalidad neonatal debida a Asfixia Neonatal en este estudio fue de 3 a 4 por cada 1000 nacidos vivos al año. La hipotermia terapéutica es la única variable que demostró asociación, por disminuir la mortalidad en recién nacidos con Asfixia Neonatal de este estudio ($p=0.0031$; IC: 95%).

- ZAPATA PONZE DE LEÓN MELANIE. **“Hallazgos Anatomopatológicos forenses y su correlación con el diagnóstico perinatal de Asfixia, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Arequipa 2014-2016”** La asfixia perinatal es causada principalmente por inmadurez pulmonar en recién nacidos prematuros. Los factores predisponentes más frecuentes fueron madre adolescente, trauma obstétrico, prematuridad y sufrimiento fetal. El diagnóstico histopatológico de Atelectasia Primaria estuvo presente en más de la mitad de casos de asfixia perinatal seguida de Aspiración de material extraño o Membrana Hialina.

A nivel nacional:

- RAMOS SALAZAR EDITH. **“Conocimiento del profesional de enfermería sobre asfixia del recién nacido y su relación con la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología, Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” Huánuco 2014”** Un promedio de 60.9% de profesionales de enfermería evaluados presentaron buenos conocimientos sobre asfixia en el recién nacido.

A través de la prueba de hipótesis, se obtuvo el resultado: $P: m0.05 = 5.99 < 24.04$ aceptando: el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre asfixia del recién nacido es bueno, en consecuencia disminuye la incidencia de morbilidad en el servicio de neonatología.

- RAMOS ASTO FRANZ EDSON. **“Frecuencia y factores asociados de asfixia perinatal evaluada con AGA umbilical en el Hospital Felix Torrealva Gutierrez de Ica Enero-Febrero 2007”** Según el grado de severidad de la asfixia perinatal el 26.6% tuvo asfixia moderada, el 22.2% severa y el 51.2% leve los que clínicamente son diagnosticados como "normales". Los 65% de recién nacidos con asfixia leve tenían APGAR al minuto normal. El 91.1% de recién

nacidos con asfixia perinatal presenta acidosis metabólica. Y el 100% de recién nacido con asfixia severa presenta acidosis severa.

A nivel internacional:

- CARIDAD PONCE DE LEÓN NARVÁEZ. REGLA PONCE DE LEÓN NARVÁEZ. **“Evaluación del nivel de conocimientos relacionados con la reanimación cardiopulmonar neonatal de profesionales y técnicos. Hospital Territorial Docente Dr. Julio M Aristegui Villamil. Cárdenas- Cuba 2009”**. El nivel de conocimiento relacionado con la reanimación cardiopulmonar neonatal de los trabajadores del servicio de perinatología del hospital territorial de Cárdenas es malo, ya que menos del 70% alcanzó resultados satisfactorios en ninguno de los factores e indicadores definidos en el estudio. Los indicadores con peores resultados en el estudio fueron el líquido amniótico, la frecuencia cardíaca, los factores condicionantes de la hipoxia y la aspiración.
- CAMPOS XOCUITZ ADRIANA. **“Percepción y conocimiento sobre el cuidado del recién nacido con síndrome de aspiración de meconio en el personal de enfermería del “CEMEV”. México 2014**. Se destacó que el personal de enfermería realiza actividades de acuerdo a su percepción y su conocimiento del cuidado es deficiente, por la falta de práctica de algunas técnicas y cuidados hacia el recién nacido. Como conclusión es de mucha importancia promover de distintas maneras el conocimiento sobre el cuidado del recién nacido con síndrome de aspiración de meconio.

5. HIPÓTESIS

Por ser la investigación de nivel descriptivo, no se precisa de hipótesis.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

- Para la obtención de datos sociodemográficos y laborales se usó la encuesta
- Para la variable única se usó el cuestionario

1.2. INSTRUMENTO

- Para la obtención de datos sociodemográficos y laborales se utilizó una cédula de preguntas que es estructurada, por ser un instrumento que recaba datos generales, no precisó de validación.
- Para medir la variable única: Nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal, se usó el cuestionario sobre conocimiento de la asfixia, que ha sido validado a través del coeficiente de Alfa de Crombach obteniéndose un valor de confiabilidad de 0,89; que indicó que este instrumento presenta un grado de alto de confiabilidad. El instrumento cuyo autor es la Lic. Edith Ramos Salazar, fue utilizado en el trabajo Conocimiento Del Profesional De Enfermería Sobre Asfixia Del Recién Nacido Y Su Relación Con La Incidencia De Morbilidad En El Servicio De Neonatología Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco 2014.

El cuestionario es estructurado y cerrado está diseñado por 10 preguntas, la puntuación va de 0 a 20 puntos, obteniendo los siguientes resultados:

- 0-10 puntos: Conocimiento deficiente
- 11-13 puntos: Conocimiento regular
- 14-20 puntos: Conocimiento bueno

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El trabajo de investigación se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza, el cual se encuentra ubicado en Av. Daniel Alcides Carrión 505, La Pampilla – Cercado, departamento de Arequipa – Perú.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se desarrolló en los meses de Mayo a Agosto del año 2018.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por el total de enfermerasque laboran en el servicio de Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

2.3.1. Universo

Estuvo conformado por 32 enfermeras que laboran en el servicio de Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

- **Criterios De Inclusión**

- Personal profesional enfermero que labore en el área de neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Personal profesional enfermero que firme el consentimiento informado.

- **Criterios De Exclusión**

- Personal profesional de enfermería que pertenezca a otros servicios
- Personal profesional de enfermería que esté realizando prácticas de especialidad y/o pasantías
- Personal profesional de enfermería que no firme el consentimiento informado.

La muestra quedó conformada por 32 profesionales enfermeros, resultado de la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Procedimiento

- Solicitud a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María y autorización de la jefa de enfermeras del servicio de Neonatología del HRHDE.
- Determinación de las variables de estudio
- Determinación de población de estudio
- Elaboración y aplicación del instrumento de recabo de datos.

3.2. Recursos

- **Humanos**
 - La investigadora
 - Personal profesional de enfermería del servicio de Neonatología del HRHDE
- **Materiales**
 - Laptop
 - Cañón multimedia
 - Encuestas y Cuestionarios
 - Material logístico
- **Institucionales**
 - Servicio de Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza
 - Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María
- **Financieros**
 - Autofinanciado por la investigadora

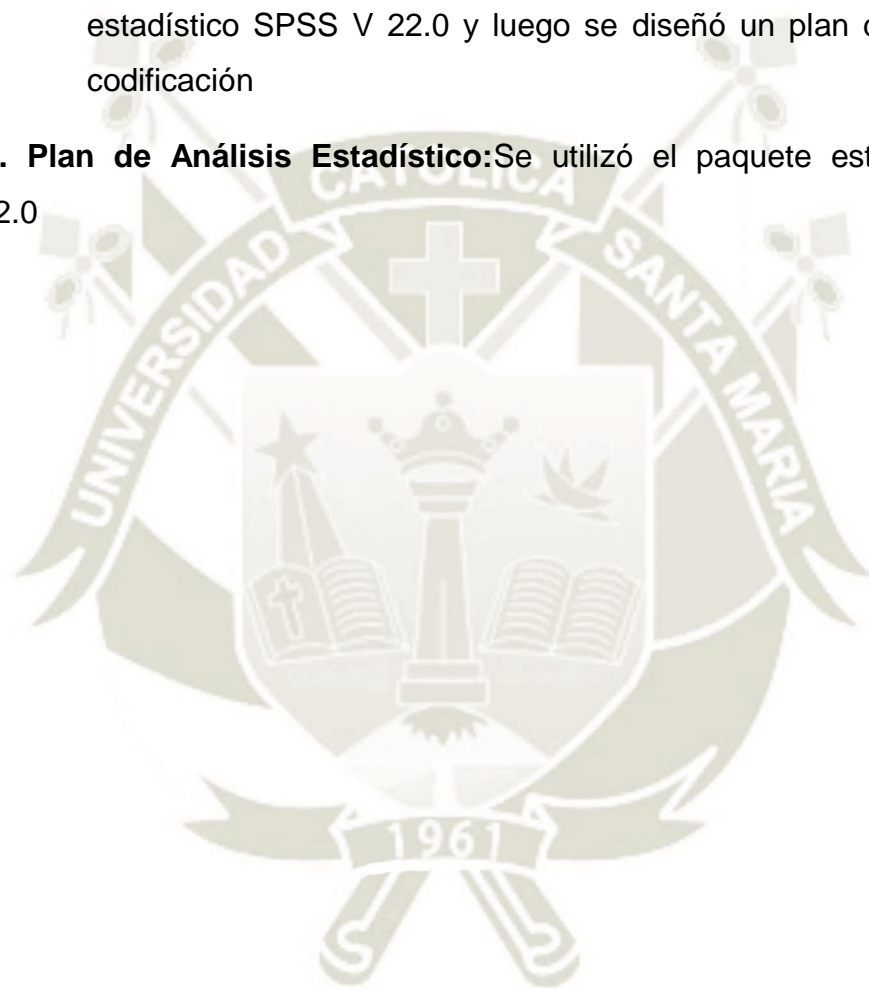
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento

a) **Tipo de procesamiento:** Se optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual)

b) **Operaciones de la Sistematización:** Se utilizó el paquete estadístico SPSS V 22.0 y luego se diseñó un plan de tabulación y codificación

4.2. **Plan de Análisis Estadístico:** Se utilizó el paquete estadístico SPSS V22.0



5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO/ACTIVIDADES	AÑO 2018															
	JUNIO				JULIO				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elaboración del proyecto de investigación																
2. Presentación del proyecto																
3. Recolección de datos																
4. Tabulación, análisis e interpretación de datos																
5. Elaboración del informe final																



CAPITULO III

RESULTADOS

DATOS GENERALES

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN EDAD.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
26 a 36 años	12	37,5	37,5
37a 47 años	8	25	62,5
48 a 59 años	4	12,5	75
60 a más	8	25	100
Total	32	100	

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla 1, se observa que el 38% del personal enfermero del servicio de neonatología del HRHDE, tienen de 26 a 36 años, el 25% se ubica en el rango de 37 a 47 años y 60 a más años, sólo el 13% se ubica en el rango etario de 48 a 59 años.

Por lo que se concluye que la mayoría del personal enfermero que labora en el servicio de neonatología se encuentra en el ciclo de vida: adulto.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN SEXO.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	100,0
Masculino	0	0
Total	32	100.0

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla 2, se observa que el 100% del personal enfermero del servicio de neonatología del HRHDE, son de sexo femenino.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	8	25,0	25,0
Casado	24	75,0	100,0
Total	32	100,0	

Fuente:Elaboración Propia

El 75% del personal enfermero del servicio de neonatología del HRHDE, son casadas, y el 25% son solteras.

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN RELIGIÓN.

RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Católico	28	87,5	87,5
Evangélico	2	6,3	93,8
Mormón	1	3,1	96,9
Otros	1	3,1	100,0
Total	32	100,0	

Fuente:Elaboración Propia

El 87.5% de la población de estudio es de religión católica y el 12.5% profesa otras religiones.

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA.

LUGAR DE PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Arequipa	28	87,5	87,5
Puno	3	9,4	96,9
Lima	1	3,1	100,0
Total	32	100,0	

Fuente:Elaboración Propia

Se observa que el 87,5% de la población de estudio son procedentes de Arequipa, el 9.4% de Puno y tan sólo el 3.1% procede de Lima.

La gran mayoría del personal enfermero procede de Arequipa.

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN CONDICIÓN LABORAL.

CONDICIÓN LABORAL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nombrado	19	59,4	59,4
CAS	9	28,1	87,5
Suplencia	4	12,5	100,0
Total	32	100,0	

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla se observa que el 59,4% del personal enfermero tiene la condición laboral de nombrado, el 28.1% es CAS y el 12.5% trabaja bajo la modalidad de suplencia.

Se deduce que más de la mitad del personal enfermero que labora en el servicio de neonatología del HRHDE, tiene una condición laboral estable y menos de la mitad se ubican en calidad laboral de inestable.

TABLA 7

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN TIEMPO DE LABOR.

TIEMPO DE LABOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 año	4	12,5	12,5
1a 10 años	16	50,0	62,5
11 a 20 años	2	6,3	68,8
21 a más años	10	31,3	100,0
Total	32	100,0	

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla se observa que el 50% del personal enfermero labora de 1 a 10 años en el servicio de neonatología, el 31.3% labora de 21 a más años en el servicio, 12.5% menos de 1 año y sólo el 6.3% de 11 a 20 años.

Se deduce que la mitad del personal enfermero labora de 1 a 10 años en el servicio y que menos de la mitad tiene más años de labor en el servicio de neonatología del HRHDE.

TABLA 8
DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGÍA.

TITULO DE ESPECIALISTA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	24	75,0	75,0
No	8	25,0	100,0
Total	32	100,0	

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla se observa que el 75% de los profesionales enfermeros cuentan con el título de especialista en neonatología y el 25% aún no lo tiene,

Se deduce que más de la mitad del personal enfermero tiene título de especialista y una minoría aún no lo posee, la situación deseada es que la totalidad del personal cuente con el título de especialista para poder brindar cuidados enfermeros a los neonatos del centro hospitalario.

TABLA 9

**DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN ASISTENCIA
A CURSOS DE CAPACITACIÓN SOBRE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
HOSPITALIZADO Y RCP.**

ASISTENCIA A CURSOS DE CAPACITACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	32	100,0	100,0
No	0	0	0
Total	32	100.0	

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla se valora que el 100% del personal enfermero del servicio de neonatología del HRHDE, asiste regularmente a cursos de capacitación sobre atención del recién nacido hospitalizado.

TABLA 10

**DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN ASISTENCIA
A EVENTOS CIENTÍFICOS SOBRE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
HOSPITALIZADO.**

ASISTENCIA A EVENTOS CIENTÍFICOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	26	81,3	81,3
No	6	18,8	100,0
Total	32	100,0	

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla se valora que el 81.3% del personal enfermero del servicio de neonatología del HRHDE, asiste regularmente a eventos científicos sobre atención del recién nacido hospitalizado y un 18.8% no lo hace.

Se deduce que la gran mayoría de personal enfermero del servicio de neonatología asiste a eventos científicos y una minoría no lo hace.

TABLA 11
**DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN ASISTENCIA
A TALLERES SOBRE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO HOSPITALIZADO.**

ASISTENCIA A TALLERES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	32	100	100
No	0	0	0
Total	32	100	

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla, se observa que el 100%de los profesionales enfermeros asiste regularmente a talleres sobre atención del recién nacido hospitalizado.

TABLA 12
DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ASFIXIA NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conocimiento deficiente 0-10 puntos	9	28,1	28,1
Conocimiento regular 11-13 puntos	2	6,3	34,4
Conocimiento bueno 14-20 puntos	21	65,6	100
Total	32	100	

Fuente:Elaboración Propia

En la tabla 12 se observa que el 65.6% del personal enfermero que labora en el servicio de neonatología del HRHDE, tuvo un nivel de conocimiento Bueno en cuanto al tema de asfixia neonatal en recién nacidos a término, el 28.1% obtuvo un conocimiento deficiente en el tema, y el 6.3% obtuvo un conocimiento regular.

Se deduce que más de la mitad del personal que labora en el servicio de neonatología del HRHDE tiene un buen conocimiento sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término, más llama la atención que más de un cuarto de la población de estudio tenga nivel de conocimiento deficiente en el tema.

TABLA 13
**DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN TIEMPO DE
LABOR EN EL SERVICIO Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA
NEONATAL.**

TIEMPO DE LABOR/NIVEL DE CONOCIMIENTOS		NIVEL DE CONOCIMIENTOS						Total	
		0-10 Deficiente		11-13 Regular		14-20 Bueno			
		F	%	F	%	F	%	F	%
TIEMPO DE LABOR	Menos de 1 año	2	6.2	0	0	2	6.2	4	12.5
	1 a 10 años	5	15.6	2	6.3	9	28.1	16	50.0
	11 a 20 años	1	3.1	0	0	1	3.1	2	6.3
	21 a más años	1	3.1	0	0	9	28.1	10	31.3
Total		9	28.1	2	6.3	21	65.6	32	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla cruzada se observa que el 28.1% del personal enfermero que labora de 1 a 10 años en el servicio así como de 21 a más años, tienen un nivel de conocimiento evaluado como bueno, el 15,6% del personal que labora de 1 a 10 años y el personal que labora menos de 1 año (6.2) obtuvo un nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal evaluado como deficiente.

Se deduce que más de la mitad del personal que tiene más años de servicio obtuvo un nivel bueno en cuanto al tema de asfixia neonatal en recién nacidos a término.

TABLA 14

**DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES ENFERMEROS SEGÚN ASISTENCIA
A CURSOS DE CAPACITACIÓN, TALLERES, EVENTOS CIENTÍFICOS Y
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA NEONATAL.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	CURSOS DE CAPACITACIÓN				TALLERES				EVENTOS CIENTÍFICOS			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
DEFICIENTE	9	28.1	0	0	9	28	0	0	6	18.8	3	9.38
REGULAR	2	6.25	0	0	2	6.3	0	0	2	6.25	0	0
BUENO	21	65.6	0	0	21	66	0	0	18	56.3	3	9.38
TOTAL	32	100	0	0	32	100	0	0	26	81.3	6	18.8

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que la mayoría (65,6%) del personal que asistió a cursos de capacitación, talleres (66%) y eventos científicos (56,3%) tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el tema de asfixia neonatal en recién nacidos a término; en tanto hay una minoría (28.1%) que a pesar de haber asistido a los cursos de capacitación, talleres (28%) y eventos científicos (18,8%) obtuvieron un nivel de conocimiento deficiente. Tan sólo el 6% obtuvo nivel de conocimiento regular habiendo asistido a los cursos de capacitación, talleres y eventos científicos.

Se deduce que más de la mitad del personal profesional enfermero que asistió a cursos de capacitación, talleres y eventos científicos tiene un nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal evaluado como bueno.

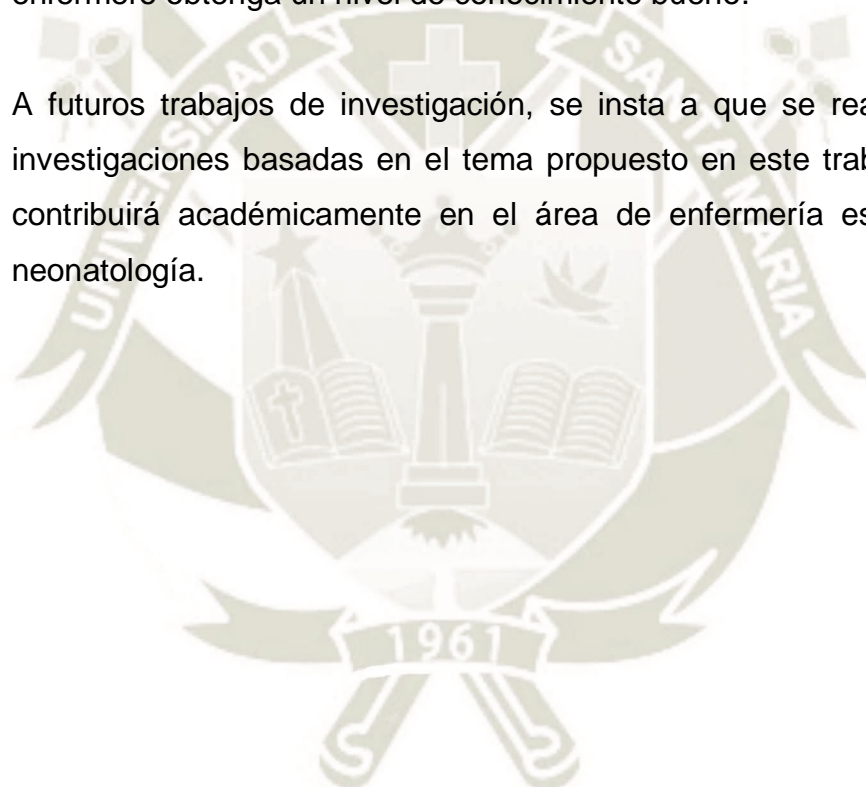
CONCLUSIONES

PRIMERA : La mayoría del personal enfermero son adultas, casadas, de religión católica, procedentes de Arequipa. En cuanto su situación laboral, la mayoría cuenta con condición laboral estable, la mitad de enfermeras labora en el servicio de 1 a 10 años, el 31% labora de 21 años a más y sólo el 12% labora menos de un año; la mayoría cuenta con título de segunda especialidad en neonatología. En cuanto a los datos de capacitación, el total de enfermeras asisten tanto a capacitaciones, talleres y eventos científicos sobre atención del recién nacido con asfixia neonatal y obtuvo un nivel de conocimientos sobre el tema evaluado como bueno. Además podemos observar que el personal que tiene más años de servicio obtuvo un nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término evaluado como bueno.

SEGUNDA : El nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término en el personal enfermero del servicio de neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, es bueno.

RECOMENDACIONES

1. A la jefatura de enfermería del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, que en consideración de los resultados sobre el nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en recién nacidos a término, se recomienda hacer una retroalimentación sobre el tópico tocado en esta investigación con el fin de que el total del personal enfermero obtenga un nivel de conocimiento bueno.
2. A futuros trabajos de investigación, se insta a que se realicen próximas investigaciones basadas en el tema propuesto en este trabajo, ya que se contribuirá académicamente en el área de enfermería especializada en neonatología.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez 2013. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/index.html>.
2. MINSA. Perú [Internet] 2014.[citado 14 Mayo 2018] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/mortalidad/tasaMortalidadNeonatal>
3. GERESA Arequipa. Análisis de Situación de Salud [Internet].2015. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2015/ASIS%202015.pdf>
4. Estudio Countdown Perú [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2015/11/Agenda-Presentacion-de-Resultados-del-Estudio-Countdown-Peru-sobre-los-ODM-4-y-5.pdf>
5. Morató, H. Educacion Medica Continua Asfixia neonatal. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, vol. 46, no 2. 2015
6. Bonilla-Musoles F, Pellicer A.. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. Buenos Aires- Argentina, Panamericana 2007 PP. 295
7. AnandEla. (2006).Textbook of Obstetrics. New Delhi. B.I. Publications PVT. TD. p.106.
8. Cevallos A., Perdomo M. Rotura prolongada de membrana y sepsis neonatal precoz en la sala de neonatología del hospital de especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). CIBBIMENA. 2008
9. Botella Llusia J., Clavero Núñez J Tratado de Ginecología. Madrid-España. Ediciones Diaz de Santos. 1993 p. 457
10. Cabero L., Saldívar D., Cabrillo R. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Buenos Aires-Argentina. Panamericana. 2007 p 829

11. Botella LLusiá J., Clavero Núñez J. Tratado de Ginecología. Madrid-España. Diaz de Santos. 1993. P.485
12. Harmon G. Manual de embarazo y parto de alto riesgo. Barcelona-España. El Sevier 2003 p. 41.
13. Acción en Salud Labora.Guía sobre Riesgos Laborales durante el Embarazo. .2009 [citado 14 Mayo 2018] Recuperado de: http://www.todosobrelasbajaslaborales.com/datos/pdf/normativa/n004/guia_sobre_los_riesgos_laborales_durante_el_embarazo.pdf
14. Torres Muñoz Javier, Rojas Christian. Factores de riesgo asociados con Asfixia Perinatal. Colombia 2010-2011. p. 24 [internet] [citado el 18 de mayo del 2018] Disponible en <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2844>
15. Llavina Rubio N. Falta de oxigenación en los neonatos.2009 24 [internet] [citado el 18 de mayo del 2018] Disponible en http://www.maternoinfantil.org/ver_aportes_por_tema.php?id=4&titulo=Reanimaci%F3n%20del%20Recien%20Nacido&id_menu=41
16. Lisa M Adcock, Ann R Stark. Systemiceffects of perinatal asphyxia. PublicadoporUptodatevía internet en enerodel 2016, Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/systemic-effects-of-perinatal-asphyxia?source=machineLearning&search=asfixia+neonatal&selectedTitle=1~61§ionRank=1&anchor=H1124046816#H1124046816>.
17. American HeartAssociation. Libro de texto sobre reanimación neonatal. American Academy of Pediatrics 7° Ed.2015. [Internet]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/>
18. Nascimiento Tamez R., Pantoja Silva M. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Asistencia de recién nacido de alto riesgo. Madrid-España. Panamericana. 2006. p. 120
19. Cernadas C. Neonatología práctica. Buenos Aires-Argentina. Panamericana. 2009.p 112



ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....

Enfermero (a) del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, he sido informada sobre los aspectos que conciernen al trabajo de investigación: “Nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en el personal profesional enfermero del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018”, se me ha explicado el objetivo de la investigación y entiendo que la información que se proveerá en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima.

Por lo tanto autorizo de forma voluntaria y doy mi consentimiento a que se me aplique el instrumento propio de la investigación.

FIRMA

Arequipa ____ , _____ del 2018

ANEXO N°2

DATOS GENERALES

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en el personal profesional enfermero del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018”

INSTRUCCIONES. Marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuál es su edad?

_____ Años

2. Sexo

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

3. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero (a) ()
- b) Casado (a) ()
- c) Conviviente ()
- d) Separado (a) ()
- e) Viudo (a) ()

4. ¿De qué religión es usted?

- a) Católico ()
- b) Evangélico ()
- c) Mormón ()
- d) Ateo ()
- e) Otros () Especifique:.....

5. Lugar de procedencia

DATOS LABORALES Y DE CAPACITACIÓN

6. ¿Cuál es su condición laboral?

- a) Nombrada (o) ()
- b) Contratada plazo indeterminado ()
- c) CAS ()
- d) Suplencia ()

7. ¿Cuánto tiempo labora Ud. en el servicio de Neonatología?

- a) Menos de un año ()
- b) 1 a 10 años ()
- c) 11 a 20 años ()
- d) 21 a más años ()

8. ¿Cuenta Ud. con título de especialidad en neonatología?

- a) Si ()
- b) No ()

9. ¿Asiste Ud. regularmente a cursos de capacitación sobre atención del recién nacido hospitalizado y RCP neonatal?

- c) Si ()
- d) No ()

10. ¿Asiste Ud. regularmente a eventos científicos relacionados a la atención del recién nacido hospitalizado?

- a) Si ()
- b) No ()

11. ¿Asiste Ud. a talleres sobre atención del recién nacido hospitalizado realizados en el servicio e institución donde labora?

- a) Si ()
- b) No ()

Gracias por su colaboración...

ANEXO N°3

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA NEONATAL

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Nivel de conocimientos sobre asfixia neonatal en el personal profesional enfermero del servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018”

INSTRUCCIONES. Sírvase marcar con un aspa (x) las respuestas que usted considere pertinentes. Sus respuestas serán manejadas en forma anónima por lo que se le solicita veracidad al momento de contestar las interrogantes planteadas.

1. ¿Qué es asfixia neonatal?

- a) Existencia de hipoxia, hipercapnia al nacer
- b) Existencia de acumulo de ácido láctico al nacer
- c) Existencia de bradicardia e hipotensión arterial al nacer
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna.

2. ¿Qué factores de riesgo están relacionados con asfixia neonatal?

- a) Factores maternos
- b) Factores Placentarios
- c) Factores del parto
- d) Factores fetales
- e) Todas las anteriores
- f) Ninguna de las anteriores.

3. ¿Qué factores maternos conllevan a la asfixia neonatal?

- a) Menor de 17 o mayor de 35 años de edad.
- b) Primiparidad o multiparidad
- c) Enfermedad cardio-respiratoria
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

4. ¿Qué factores placentarios son de riesgo para que se presente asfixia en el neonato?

- a) Disminución del flujo sanguíneo útero- placentario
- b) Disminución de la superficie placentaria
- c) Tuberculosis uterina, Lúes
- d) Problemas del cordón

5. ¿Qué factores de riesgo se presentan en el parto para que se de asfixia en el neonato?

- a) Trabajo de parto prolongado
- b) Trabajo de parto precipitado
- c) A y B son correctas
- d) Ninguna de las anteriores.

6. ¿Qué factores de riesgos relacionados al feto ocasionan asfixia en el neonato?

- a) Sufrimiento fetal
- b) Fetos múltiples
- c) Prematuridad o pos madurez, malformaciones
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

7. ¿Cuáles son las acciones de enfermería a realizar en el RN con asfixia?

- a) Monitoreo hemodinámico, aspiración de secreciones.
- b) Colocarle un gorro en la cabeza.
- c) Iniciar ventilación y/o oxigenoterapia.
- d) Canalizar vía periférica, iniciar tratamiento.
- e) Todas las anteriores.

8. ¿Cómo debe ser la alimentación del RN que presenta asfixia?:

- a) Mantener reposo gástrico inicial por indicación médica.
- b) Según la evolución del RN alimentar con leche materna.
- c) No administrar sucedáneos de leche materna.
- e) Todas las anteriores

9. Durante la asfixia neonatal, ¿qué alteraciones de AGA se presentan?

- a) Acidosis metabólica e hipoglicemia
- b) Acidosis metabólica y respiratoria PH 6.8
- c) A y B son correctas
- d) Ninguna de las anteriores

10. ¿Qué problemas post asfixia neonatal presenta el recién nacido?

- a) Problemas neurológicos, respiratorios, cardiovasculares
- b) Problemas renales, digestivos
- c) Problemas hematológicos, metabólicos
- d) Todas las anteriores son correctas
- e) Ninguna de las anteriores

Gracias por su colaboración...



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 1111 -CB- 2018

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2018-1111

Fecha : 13 de diciembre de 2018

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASFIXIA NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO EN EL
PERSONAL PROFESIONAL ENFERMERO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL
REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2018

Autor(es):

PORTOCARRERO VILCA FERNANDA GRACIELA

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **11 %** en el
sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes


Universidad Católica de Santa María
CENTRO DE
INFORMACIÓN
Y BIBLIOTECAS
Ing. AYMÉ MIRTHA PÉREZ GÓMEZ
Coordinadora del Centro de Información y Bibliotecas